

**Institut Supérieur Des Professions Infirmières Et Des Techniques De
Santé- Tétouan**

Filière :

SOINS INFIRMIERS

MODULE :

Introduction aux sciences infirmières

MATIÈRE :

Pensée infirmière

ANIMÉ PAR :

Mr Abdeddayem Abous

Année Universitaire :2013-2014

Mars 2014

Contenu

INTRODUCTION

I. DEFINITION DES CONCEPTS :

- ✓ Infirmière
- ✓ Soignante
- ✓ Modèle
- ✓ Théorie
- ✓ Pensée infirmière

II. HISTORIQUE DE LA PROFESSION

III. LES GRANDS COURANTS DE LA PENSEE INFIRMIERE

1. Théorie de Virginia Henderson
2. Théorie d'Hildegarde
3. Théorie de Martha Rogers
4. Théorie de Dorothea E. Orem
5. Théorie de Callista Roy
6. Théorie de Nancy Roper

TD.

- I. INTEGRATION DU ROLE INFIRMIER SELON LES DIFFERENTES CONCEPTIONS ISSUES DES DIFFERENTES ECOLES DE LA PENSEE INFIRMIERE
- II. TABLEAU COMPARATIF DES CONCEPTS : expérience de santé, environnement, soin, selon les différentes écoles
- III. Raisonnement critique en soins infirmiers

INTRODUCTION

Plusieurs courants de pensée sont à l'origine des soins infirmiers. Le modèle conceptuel de chacune des théoriciennes est un guide pour clarifier et structurer le raisonnement clinique permettant d'élaborer un projet de soins.

Les courants représentent une école, un mouvement, une idéologie. Ils correspondent à la pensée dominante et ses influences à un moment donné dans des disciplines ciblées, ils sont toujours associés à la notion de paradigme

Et sous-tendent les théories

En pratique les infirmiers puisent les connaissances utiles et les adaptent aux soins infirmiers;

La particularité des soins infirmiers étant d'intégrer des aspects organiques, biologiques, psychologiques, comportementaux et socioculturels

La pratique infirmière nécessite l'appui sur une discipline, **une science** et donc **sur des savoirs, des comportements professionnels**, un langage, une école de pensée, des compétences..

Chacun des courants de pensée a été décliné en différents modèles conceptuels.

Différentes conceptions de l'être humain ont permis d'influencer les approches de soins et la façon d'entreprendre des recherches dans le domaine des soins infirmiers.

Ces conceptions de la discipline infirmière ont majoritairement été élaborées en se centrant sur les dimensions biopsychosociales de la personne et en insistant sur son caractère global, ce qui les différencie du modèle biomédical.

Carper (1978) considérée comme l'une des personnes phares des soins infirmiers a distingué quatre domaines dans le savoir infirmier: le savoir personnel, c'est-à-dire la connaissance de la personne, de soi comme des autres, le savoir esthétique ou l'art des soins avec la précision du geste, le savoir éthique, c'est-à-dire la dimension de jugement d'ordre moral du savoir ainsi que le savoir empirique avec sa dimension scientifique d'exploration et d'explication du monde.

I. DEFINITION DES CONCEPTS

Soins infirmiers :

✚ Selon le Conseil international des infirmières, « On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation. »

✚ Virginia Henderson définit les soins infirmiers : Une assistance à la personne dans les activités qu'elle ne peut faire elle-même par :

- ❑ manque de force,
- ❑ de volonté ou de connaissances,

Afin de conserver ou de rétablir son indépendance dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux

Objectifs des soins infirmiers :

Les soins infirmiers ont pour objectifs de :

- protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et

psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

- concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que besoin, leur entourage. L'ensemble des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes définit le rôle propre infirmier en France.

Les soins infirmiers nécessitent **les compétences** suivantes :

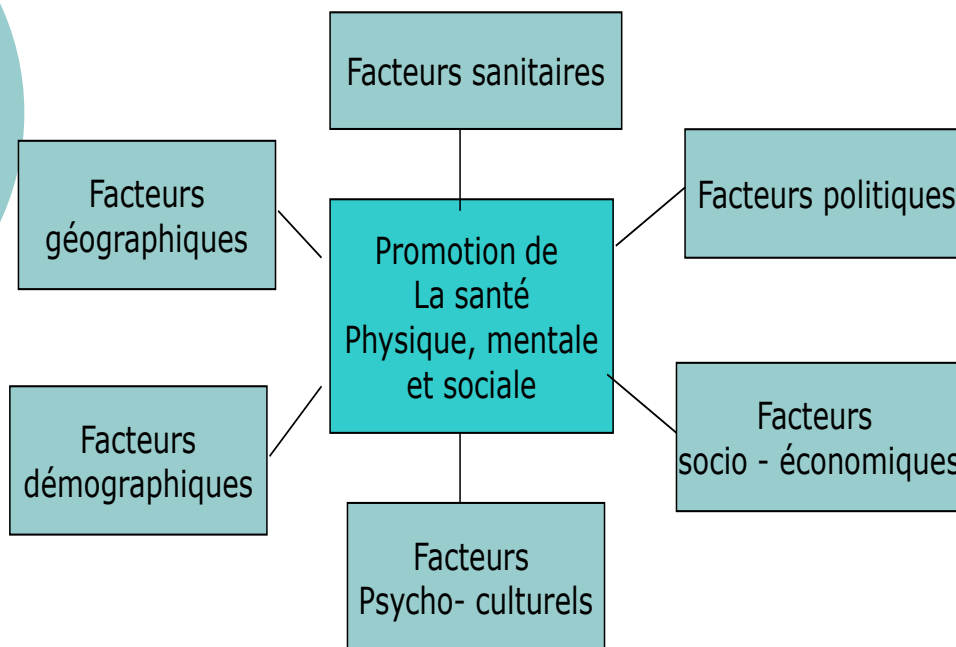
- la qualité technique des gestes réalisés avec dextérité ;
- la qualité relationnelle qui est le cœur du soin.

Quatre concepts centraux ont été identifiés..

- Ces quatre concepts sont :
 - **LA PERSONNE** : correspond au bénéficiaire des soins infirmiers qu'il s'agisse d'individus, de familles, de communautés, de groupes.

- **L'ENVIRONNEMENT** : renvoie à l'environnement physique du bénéficiaire, mais également à son entourage et au contexte des soins infirmiers.
- **LES SOINS INFIRMIERS** : définis comme les actions intentionnellement menées par les infirmiers (es) ou avec le bénéficiaire au regard des objectifs définis.
- **LA SANTE** : fait référence à l'état de bien-être éprouvé par le bénéficiaire des soins.

Les facteurs influençant la santé



UE 3.1
Raisonnement et démarche
clinique
D.Delacroix- D.Bienvenu - Groupe
raisonnement clinique

Infirmier :

Personne qualifiée qui s'occupe des malades, les soigne, soit sous la direction d'un médecin dans un dispensaire, une clinique, un hôpital, soit en appliquant des prescriptions médicales à domicile. Les candidats aux emplois d'infirmier et d'infirmière diplômés doivent être titulaires du diplôme d'État d'infirmier ou d'un diplôme reconnu équivalent par le ministre de la Santé publique (Encyclop. éduc., 1960, p. 341).

Un infirmier (du latin in-firmus signifiant « qui n'est pas ferme, au moral comme au physique » ou « qui s'occupe des infirmes » étymologiquement parlant), également nommé infirmier-anesthésiste, infirmier en psychiatrie, infirmier de bloc opératoire, infirmier en soins intensifs ou puériculteur, est un professionnel de santé, dont la profession est de délivrer des soins infirmiers.

Selon le Code français de la santé publique, « est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des Soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de **prévention, d'éducation de la santé** et de **formation** ou d'**encadrement**¹. »

Selon l'**Organisation mondiale de la santé**, « la mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un **code de déontologie** très strict. Ceci exige que les infirmiers apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la **planification** et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie

en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. »

L'infirmier peut exercer dans la plupart des services tels que ceux de médecine (cardiologie, gériatrie, pneumologie, neurologie, gastro-entérologie, etc.), de chirurgie (orthopédique, digestive, ORL, neurochirurgie, etc.), de réanimation (médicale ou chirurgicale), d'urgences, de pédiatrie (dans certains hôpitaux seulement) de psychiatrie ou encore en hémodialyse et en dialyse péritonéale.

Les infirmiers en psychiatrie sont chargés d'actions de prévention, de soutien relationnel, de soins, de surveillance et de postcure auprès de toute personne présentant des difficultés psychologiques ou des troubles psychiatriques. Ils participent à la mise en œuvre d'un projet de soins intégré dans le travail d'une équipe multidisciplinaire de secteur.

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à réaliser la détermination du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

Soignant :

Le soignant est un "**Individu délivrant des soins** aux personnes qui ont besoin de surveillance ou d'aide du fait d'une maladie ou d'une incapacité. Ils peuvent délivrer ces soins à la maison, dans un hôpital, ou dans un établissement. Bien que les soignants incluent les médecins, les infirmiers et les professionnels de santé en général, le concept fait aussi allusion aux **parents**, aux **conjointes**, aux **autres membres de la famille**, aux **amis**, aux **professeurs**, aux **ouvriers sociaux**, etc.

On remarque à travers cette définition que le **soignant peut être tout type de personne entourant le malade**. Toutes ces personnes se complètent dans leur rôle et sont indispensables.

La Relation soignant /soigné au cœur des concepts infirmiers Vise à connaître le patient dans son intégralité, à comprendre les incidences de la maladie sur la personne, identifier ses réactions, concerter la personne et/ou son entourage quant aux décisions à proposer

Modèle :

modèle, adjectif

Sens 1 Qui possède les qualités idéales. Exemple : Un élève modèle. Synonyme parfait

modèle, nom masculin

Sens 1 Ce qui sert comme base à l'imitation.

Sens 2 Personne qui pose pour un artiste (peintre, sculpteur) [Beaux-arts].
Synonyme mannequin

Sens 3 Prototype. Synonyme spécimen

Sens 4 Représentation simplifiée d'un processus. Synonyme étude

Un modèle est une illustration symbolique en termes logiques d'une situation relativement simple qui démontre la structure d'un système original.

C'est une représentation conceptuelle de la réalité. Ce n'est pas la réalité elle-même, mais une abstraction ou reconstruction de la réalité,,

« Un modèle de Nursing est une façon de voir le soin »

C'est une Image mentale. Une invention de l'esprit, une conception, une façon de voir, c'est donc une structure».

Le **modèle conceptuel** est un ensemble de concepts ou abstractions liés et agencés de façon rationnelle selon leur pertinence par rapport à un thème commun, leur structure est néanmoins plus souple que celle d'une théorie (Loiselle,Profetto-McGrath,Polit,Beck,2007).

Les infirmières théoriciennes ont élaboré un certain nombre de modèles conceptuels, liés aux Sciences Infirmières, s'appuyant fondamentalement sur quatre concepts: la personne, les soins infirmiers, la santé et l'environnement (Fawcett,1995); ces modèles sont les suivants:

Le **modèle de soins infirmiers McGill** (Moyra Allen 1977,1981) met l'accent sur les rapports qui s'établissent entre l'infirmière et la personne qui reçoit des soins ainsi que sa famille; il s'appuie sur les points forts des uns et des autres pour favoriser la santé

Le modèle Constitue un cadre de références théoriques permettant de développer la connaissance, la réflexion et d'orienter l'action professionnelle.

Il Offre une grille de lecture et de compréhension sur les situations des personnes soignées

Qu'est- ce qu'une théorie ?

“La théorie représente un niveau plus profond de la réalité que le modèle, elle décrit comment le modèle fonctionne.

On pourrait dire que le modèle représente la structure et que la théorie représente le fonctionnement.

Une théorie se définit par une conception de l'homme, de la santé, des soins infirmiers, et une description de la réalisation de ces soins infirmiers en rapport avec ces conceptions.

Intérêt des théories de soins

- Les théoriciens des soins infirmiers ont établi des modèles conceptuels qui ont permis de structurer les fondements du raisonnement infirmier.
- Ces modèles ont contribué à définir le métier d'infirmier(e).

Ces courants de pensée :

- guident la pratique professionnelle
- organisent la discipline infirmière
- construisent la science infirmière.

Le modèle conceptuel de V. Henderson influence la pratique infirmière Il permet de :

- Personnaliser les soins et les organiser
- Appréhender la globalité du champ d'action de l'infirmier
- Fournir une grille de lecture aux différents professionnels pour donner une cohérence au sein de l'équipe
- Faciliter un code commun d'expression entre les différents membres de l'équipe

Exemples :

1. LA THEORIE DE NANCY ROPER

Pour Nancy Roper elle a basé sa théorie sur 4 points essentiels :

❖ **Conception de l'être humain**

L'être humain est un système ouvert en relation permanente avec son environnement. Il s'adapte il croit se développe, tend vers l'indépendance.

❖ **Buts des soins infirmiers**

Les buts des soins infirmiers est de promouvoir des acquisitions, le maintien ou la restauration de l'indépendance maximum pour chaque patient au niveau des quatre groupes d'activités suivantes :

- Activités de la vie quotidienne permettant la satisfaction des besoins de base
- Activités visant la prévention
- Activités visant à la recherche de confort
- Activités de recherche de poursuite

❖ **Les Interventions des soins Infirmiers** permettent :

- d'évaluer les capacités d'indépendance de la personne
- Fixer avec le patient des objectifs en fonction du temps dont on dispose
- Aider le patient à les atteindre
- Evaluer

❖ Définition des soins infirmiers

Les soins ont pour but d'aider une personne à progresser vers le pôle d'une Indépendance maximum pour elle dans chacune des activités de la vie quotidienne de l'aider à y rester, de l'aider à faire face lors de tout mouvement vers le pôle de l'indépendance.

Pour établir le processus de soins il faut une anamnèse détaillée permettant d'apprécier le niveau de dépendance du patient.

«Selon l'école de l'interaction, **le soin est un processus interactif** entre une personne ayant besoin d'aide et une autre capable de la lui offrir. Afin d'être en mesure d'aider, l'infirmière doit clarifier ses propres valeurs, s'impliquer de façon thérapeutique et s'engager dans le soin»(Kérouac et al., 2003, p.37).

Selon la philosophie empreinte d'humanité (Human Caring)de Jean Watson, le soin est l'expression de l'amour inconditionnel de soi et des autres nécessaire au développement de l'humanité. Les soins infirmiers sont développés sur cette base de la relation entre les hommes et entre l'homme et Dieu.

Démarche soignante :

- ❑ Processus démarche clinique = démarche résolution de problèmes
- ❑ Il s'agit d'une démarche intellectuelle.
- ❑ Ne peut être apprise sans référence systématique à un modèle conceptuel
- ❑ Modèle conceptuel est une aide pour organiser le recueil des informations

Pensée infirmière :

Pensée : plusieurs synonymes. Synonymes âme, , concept, dicton, doctrine, idée, imagination, intellect, intelligence, jugement, opinion, préoccupation, proverbe, raison, réflexion, rêverie, sentiment

Autres termes

✓ Approche holistique :

Approche qui conçoit la personne-famille comme un système qui forme un ensemble indivisible de dimensions et qui est en inter influence avec d'autres systèmes comme l'environnement. La personne-famille, considérée dans sa globalité, forme un tout plus grand que la somme de ses parties puisque celui-ci comprend les relations entre les diverses dimensions et les systèmes.

✓ Approche humaniste :

Approche qui place l'être humain, dans ce qu'il a d'unique et de sacré, au cœur de la pratique professionnelle des infirmières. Il s'agit d'une façon d'être en relation avec la personne-famille dans le soin; de « prendre soin d'une personne-famille » plutôt que de « donner des soins à une personne-famille ».

✓ Approche scientifique :

Approche qui fait appel aux connaissances issues de la recherche en soins infirmiers et de d'autres disciplines. Ceci fait aussi référence à des **processus réflexifs** tels que la démarche de soins ainsi que la pensée analytique et critique menant au jugement clinique.

✓ Caring :

Le terme anglais *caring* englobe des éléments indissociables de l'acte de soin à caractère scientifique et humaniste : actions et expressions de valeurs qui respectent l'être humain dans son essence.

✓ Pratique réflexive/Processus réflexifs :

Réflexion dans l'action et sur l'action de soin qui favorise le développement des

Compétences, le renouvellement des pratiques et ultimement la qualité de soins.

✓ **Des théoriciennes du soin**

Théories des soins infirmiers se rapportent à des courants de pensée (scientifique et philosophique).

Elles permettent de donner une identité aux soins infirmiers et une réflexion sur les pratiques infirmières.

Les théoriciennes du soin définissent, décrivent et utilisent des concepts. Elles établissent donc des modèles conceptuels qui contribuent à la définition de la pratique infirmière et à une reconnaissance de cette pratique.

- ✓ Bien entendu, ces modèles peuvent et doivent être analysés, interprétés, et commentés

II. HISTORIQUE DE LA PROFESSION

L'**histoire de la profession infirmière** montre comment la discipline infirmière s'est forgée au cours du temps, souvent de façon [empirique](#), autour de la [religion](#) ou d'étapes maîtresses comme les [guerres](#), les besoins évolutifs de la société en matière de [santé](#), de [soins de santé](#) mais encore autour de réflexions [humanistes](#), de la prise en compte des besoins sociaux et de l'étude de la psychosociologie.

L'origine des modèles conceptuels ne correspond pas à la naissance de la profession d'infirmière. Il a fallu plusieurs siècles avant de voir émerger des philosophies de soins infirmiers.

Les premiers écrits sur le travail infirmier remonte au 6e et 7e siècle avant Jésus-Christ.

D'origine hindouiste, les textes répertoriés dans la Sharaka-Samhita décrivent l'infirmier idéal. Il faut noter qu'à l'époque la profession était exercée majoritairement par des hommes. Dans ces textes hindouistes, les notions de dévotion au patient, de pureté du corps, des connaissances de l'art de préparer et d'administrer un médicament y sont décrites. Cependant la littérature n'est pas très abondante sur le rôle spécifique des infirmières.

Au [Moyen Âge](#) pour s'occuper des lépreux, on mettait d'office à contribution des "pseudos" soignants. Depuis le V^e siècle, les évêques favorisent la création des maisons de malades, de vieillards.

Les [ordres religieux](#) organisèrent la profession à partir du XII^e siècle, selon des critères en lien avec la charité et l'amour de Dieu : le [soin](#) est alors bénévole, et n'a qu'une valeur culturelle. Celle qui le pratique est prise en charge par la structure religieuse : par exemple les religieuses de l'[Hôtel Dieu](#), les nobles soignant dans les fondations hospitalières, certains frères et sœurs se déplacent à domicile.

Le mouvement de laïcisation amorcé en [1878](#) voit la disparition progressive des religieuses dans les hôpitaux où elles n'occupent généralement plus que les postes d'encadrement. Il faudra attendre l'émergence d'infirmières et d'infirmiers laïques et la [Première Guerre mondiale](#) pour que se mette définitivement en place un nouveau groupe social.

En France, le [président du Conseil Émile Combes](#) fait publier en [1902](#) un décret obligeant les préfets à créer des écoles d'infirmières laïques. [Désiré-Magloire Bourneville](#) contribue à la professionnalisation du métier et n'appelle plus son « personnel servant ou domestique » mais « infirmiers ou infirmières ». Il préconise de recruter des personnes issues des classes populaires alors que [Florence Nightingale](#) souhaite que la profession ait le même niveau d'étude que les médecins

Jusqu'au début des années [1960](#), le recrutement s'effectue par des catégories très diverses qui sont antagonistes : infirmières croix rouge, religieuses, infirmières diplômées d'écoles. Après [mai 1968](#), la profession se libérera des concepts d'obéissance, de soumission et de charité. Depuis la fin de la formation spécifique d'[infirmier en psychiatrie](#) en [1992](#), il n'existe en [France](#) qu'un seul diplôme d'infirmier : le [diplôme d'État d'infirmier](#).

Les courants de pensée infirmière représentent les différents concepts (tant philosophiques que scientifiques) issus des réflexions portées sur la pratique clinique infirmière. Ils sont contemporains des courants de pensée philosophiques humanistes qui ont pu apporter différents éclairages, notamment sur les concepts de santé, de personne, d'environnement et de soin.

Par une approche théorique et documentée, les théoriciens des soins infirmiers ont établi des modèles conceptuels qui ont permis de structurer les fondements du raisonnement infirmier. Ces modèles ont aussi contribué à définir le métier d'infirmier et à en asseoir la reconnaissance au travers de l'histoire de la profession.

Ces courants de pensée infirmière, et leurs modèles conceptuels correspondants, guident aujourd'hui majoritairement la pratique clinique infirmière.

On retrouve toutefois certains textes datant de l'époque pharaonique. Ces textes mentionnent que les médecins recouraient à des bandagistes, puis dans la Grèce antique, que les médecins utilisaient leurs élèves comme gardes-malades. Chez les romains, chaque légion militaire avait son médecin et l'on présume que certains soldats agissaient comme infirmiers pour soigner leurs compagnons d'armes.

Au Moyen- Âge les communautés religieuses sont vouées au soin des malades et ce n'est qu'au **16e siècle en Europe** que l'État intervient dans les soins. **En**

1860, la formation des infirmières se structure et s'organise grâce à Florence Nightingale.

Cette infirmière d'origine italienne a fondé la première école d'infirmières en Angleterre.

Sa **philosophie** était certes basée sur le **dévouement** mais surtout sur les **connaissances et le savoir faire**. Elle avait réussi lors de la Guerre de Crimée (1854) à convaincre les militaires et le Gouvernement britannique que **la formation des infirmières permettrait de réduire le taux de décès des soldats en réduisant les infections. On lui doit ainsi les premières statistiques appuyant ses hypothèses**. Elle possédait en plus un solide **leadership** pour convaincre les autorités gouvernementales! **L'origine de la première conception des soins infirmiers semble donc être attribuée à F.Nightingale**. Il aura fallu attendre plus d'un siècle avant que d'autres infirmières se risquent à définir leur pratique. C'est donc **à partir de 1950** que les premiers courants de pensée ont commencé à apparaître particulièrement aux Etats-Unis

En définitive nous pouvons résumer l'évolution des théories de soins comme suit :

- ✓ Florence NIGHTINGALE (Royaume-Uni – 1859)
- ✓ Hildegard PEPLAU (Etats-Unis – 1952)
- ✓ Dorothea OREMS (Etats Unis -1959)
- ✓ Virginia HENDERSON (Etats-Unis – 1961)
- ✓ Callista ROY (Etats-Unis – 1970)
- ✓ Jean WATSON (Etats –Unis – 1979)
- ✓ Nancy ROPER (Royaume- Uni – 1980)

Les **courants de pensée infirmière** représentent les différents concepts (tant philosophiques que scientifiques) issus des réflexions portées sur la pratique clinique infirmière. Ils sont contemporains des courants de pensée

philosophiques [humanistes](#) qui ont pu apporter différents éclairages, notamment sur les concepts de [santé](#), de [personne](#), d'[environnement](#) et de [soin](#).

Les soins infirmiers sont reconnus aujourd'hui comme profession. Ils ont gagné cette reconnaissance sociale au terme d'une longue évolution, marquée par des influences importantes de l'histoire

La femme arabe a beaucoup appris des sciences et a pratiqué la médecine sur des bases scientifiques très saines. Les tâches des infirmières bénévoles au cours des batailles du prophète MOHAMMAD (que Dieu bénisse et lui donne la paix), étaient considérées comme ordre du prophète et relevaient d'une conception et d'une pratique administrative sans failles. Les femmes suivaient les guerriers. Elles étaient protégées par des Moujahidines choisis pour couvrir l'arrière des troupes des guerriers musulmans et, dans le cas où un intrus arrivait à pénétrer à proximité des femmes, ces dernières se défendaient même avec le mât servant à soulever les tentes . Chaque tribu participait aux conquêtes du prophète. Les volontaires se rassemblaient par groupes afin de porter secours aux blessés.

III. LES GRANDS COURANTS DE LA PENSEE INFIRMIERE

Par une approche théorique et documentée, les théoriciens des [soins infirmiers](#) ont établi des modèles conceptuels qui ont permis de structurer les fondements du [raisonnement infirmier](#). Ces modèles ont aussi contribué à définir le métier d'[infirmier](#) et à en asseoir la reconnaissance au travers de l'[histoire de la profession](#).

Ces **courants de pensée infirmière**, et leurs modèles conceptuels correspondants, guident aujourd'hui majoritairement la pratique clinique infirmière. Parmi les grands courants :

1) La Théorie de Virginia Henderson

2) La Théorie d'Hildegarde

3) La Théorie de Martha Rogers

4) La Théorie de Dorothea E. Orem

5) La Théorie de Callista Roy

6) La Théorie de Nancy Roper

En effet, des théoriciennes de soins infirmiers, parmi lesquelles Collière, Henderson, Orem, Watson, Peplau et Parse pour n'en citer que quelques-unes, ont mis en évidence différentes philosophies, et avec elles aussi différents paradigmes qui ont eu, et continuent d'avoir une influence notable sur la pratique infirmière (Kérouac *et al.*, 2003). Ces paradigmes influencent l'activité soignante sans même que nous en soyons forcément toujours conscients. Ils évoluent avec le temps et l'interaction d'autres disciplines.

LES THEORIES DE SOINS INFIRMIERS

Le soin ne se limite pas à la seule géographie du corps malade mais englobe tout l'univers social, psychologique et spirituel du patient. Le soignant est avant tout dans une posture d'accompagnement, d'où l'intérêt des quatre concepts de base: personne, santé, soin, environnement. Déjà dans le terme de personne, il ne saurait être uniquement fait référence à l'individu malade mais bien davantage à l'individu comme part constitutive d'un ensemble; qu'il s'agisse de la famille, du groupe ou encore de la communauté. De la même manière, l'environnement comprend un champ personnel (psychologique, génétique...), ainsi qu'un champ extérieur constitué du contexte social, politique, économique, éducationnel... L'expérience de santé s'inscrit dans ces différents univers et part du simple problème pathologique pour s'ouvrir de manière beaucoup plus large aux expériences de développement et de croissance personnelle (Fawcett, 1995).

CONCEPTS ET THEORIES

1) FLORENCE NIGHTINGALE

- **PERSONNE** :

- c'est un être malade ou en santé, possédant des composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles, sociales et spirituelles

- **SANTE** :

- Absence de maladie et capacité à utiliser pleinement ses ressources.

- **ENVIRONNEMENT** :

- Facteurs externes qui affectent la personne et son processus de santé : air, eau, lumière, chaleur, propreté, calme.

- **LES SOINS INFIRMIERS** :

- Service à l'humanité, basé sur l'observation et l'expérience, consistant à mettre la personne malade ou en santé dans les meilleures conditions possibles pour que la nature puisse préserver ou restaurer la santé.

2) HILDEGARDE PEPLAU

- **PERSONNE** :

- Système vivant composé de caractéristiques et de besoins biochimiques, physiques et surtout psychologiques, qui cherche à se réaliser et lutte pour atteindre un équilibre.

- **SANTE** :

- Niveau « productif » d'anxiété qui permet à la personne d'engager des activités interpersonnelles ainsi que d'œuvrer à son développement personnel.

- **ENVIRONNEMENT** :

- Forces existantes à l'extérieur de l'organisme humain que l'on retrouve dans le contexte de la culture, ou les croyances et les coutumes sont acquises.
- Groupe de personnes significatives avec qui la personne interagit.

- **SOINS INFIRMIERS** :

- Relation interpersonnelle thérapeutique orientée vers un but commun (favoriser le développement de la personnalité), dans laquelle l'infirmière doit tout d'abord comprendre son propre comportement et utilise un processus en 4 phases :
- orientation
- identification
- exploitation
- Résolution.

3) DOROTHEA OREMS

- **PERSONNE :**

- Etre fonctionnant biologiquement, symboliquement et socialement qui présente des exigences en matière d'auto-soins, universels, liés au développement et/ou reliés à l'altération de la santé.

- **SANTE :**

- Etat de complétude et d'intégrité de l'être humain dans ses différentes composantes et dans ses modes de fonctionnement, maintenu grâce à la réalisation d'auto-soins appropriés en lien avec le stade de croissance et de développement.

- **ENVIRONNEMENT :**

- Système intégré lié à la réalisation des auto-soins en composition avec la personne. Le milieu favorise la formation, la modification des attitudes , des valeurs et du concept de soi ainsi que le développement global de la personne

- **SOINS INFIRMIERS :**

- Service humain visant à combler les limites de la personne dans l'exercice d'auto-soins liés à la santé et à renforcer ses capacités d'auto-soi

4) VIRGINIA HENDERSON

- **PERSONNE** :

- Etre biologique, psychologique et social qui tend vers l'indépendance dans la satisfaction de ses 14 besoins fondamentaux.

- **SANTE** :

- Indépendance dans la satisfaction des 14 besoins fondamentaux.

- **ENVIRONNEMENT** :

- Facteurs externes agissant de façon positive ou négative sur la personne.

- **SOINS INFIRMIERS** :

- Aide apportée à la personne malade ou en bonne santé.
- Assistance à la personne dans les activités qu'elle ne peut pas faire elle-même par manque de force, de volonté ou de connaissances, afin de conserver ou de rétablir son indépendance dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux.
- Le cas échéant, accompagnement vers une mort paisible.

5) CALISTA ROY

- **PERSONNE :**

- « TOUT » qui dépasse la somme des parties qui le compose (approche holistique).
- Système qui doit s'ajuster en permanence aux changements de son environnement grâce à l'adaptation, processus relevant de l'inné et de l'acquis et selon 4 modes d'adaptation (physiologique, concept de soi, exercice des rôles, interdépendance).

- **SANTE :**

- Etat et processus évolutif dans lequel l'adaptation permet à la personne de garder son intégrité.
- La santé-état est l'adaptation dans chacun des 4 modes.
- La santé-processus est l'effort constant fourni par l'individu pour atteindre son potentiel maximum d'adaptation.

- **ENVIRONNEMENT :**

- Ensemble de « stimuli » internes et externes ou toute circonstance ou influence susceptible d'affecter le développement et le comportement des personnes ou des groupes.

- **SOINS INFIRMIERS :**

- Science et pratique de la promotion de l'adaptation de la personne qui visent à évaluer les comportements de la personne, à repérer et modifier les facteurs influençant (focal, contextuel ou résiduel) son adaptation dans les 4 modes, afin de contribuer à l'amélioration ou au maintien de sa santé, de son bien être et de sa qualité de vie ou de lui permettre de mourir avec dignité.

6) JEAN WATSON

- **PERSONNE** :

- Entité vivante, qui est plus qu'un être purement physique ou spirituel, qui évolue dans son environnement, avec une expérience unique et subjective, des émotions, des souvenirs, des aspirations qui concourent à la perception de sa vie, à une conception singulière de la réalité et à une façon propre d' « être dans le monde »
- Personne ne pouvant être complètement comprise, même si l'empathie aide à se rapprocher de ce but : son vécu étant singulier, c'est la réalité phénoménologique qui peut être approchée.
- Personne pouvant croire au travers du sens qu'elle construit à partir de ses expériences.

- **SANTE** :

- Unité et harmonie, dans un environnement donné, entre le corps , l'âme et l'esprit (concept hautement subjectif).

- **ENVIRONNEMENT** :

- Réalité interne (biophysique, mentale et spirituelle) et réalité externe de la personne.

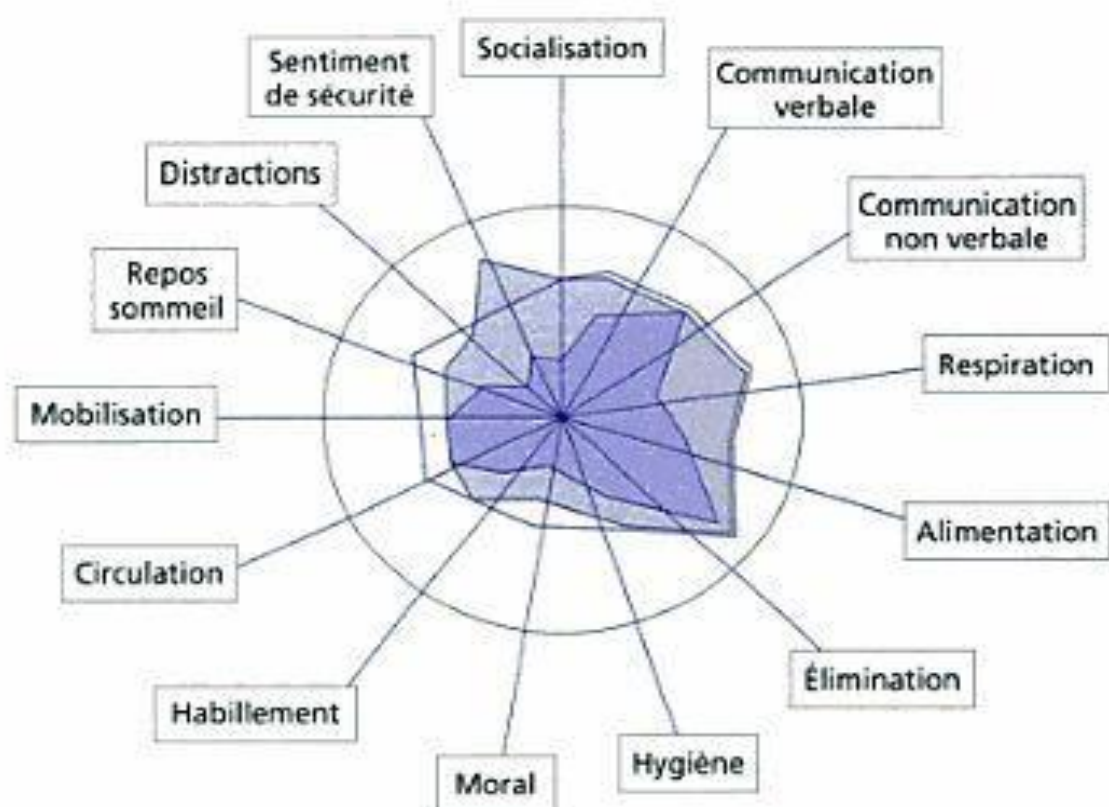
- **SOINS INFIRMIERS** :

- Art et science humaine du « caring » ancré dans un idéal moral altruiste : préserver l'humanité dans les soins de santé.
- Alliage d'une rigueur scientifique qui s'inspire des sciences de la vie, mais aussi des sciences humaines et des qualités humaines.
- Processus interpersonnel qui vise la promotion de l'harmonie entre 3 pôles (corps, mental, esprit). Leur mise en œuvre nécessite la mobilisation de 10 facteurs de soins appelés facteurs caratifs (caritas en latin : amour). Au terme du processus, les 2

protagonistes (patient – infirmier(e)) bénéficient d'une croissance personnelle.

- L'infirmier(e) doit acquérir la connaissance de soi et de ses « talents » : intellectuels, créativité, imagination, sensibilité

7) THEORIE DE NANCY ROPER



Le modèle de Nancy ROPER se différencie grâce à une analyse en forme de rosace, le professionnel peut voir rapidement les critères sur lesquels ces actions doivent porter

Mode d'emploi pour l'analyse de la méthode de nancy ROPER

Pour chaque activité fixer un point indiquant où le patient se situe, relier les points entre eux

Recommencer à des dates différentes pour analyse, à chaque date correspond une couleur de stylo

PARAMETRES INDIVIDUELS

ALIMENTATION

Graduation 5 niveaux possibles.

- 0.....ne s'alimente pas, nécessite une alimentation artificielles (sonde, perfusion)
- 1.....aide totale. Doit être alimenté et hydraté par un soignant
- 2.....aide partielle. Doit être aidé au cours des repas
- 3.....s'alimente seul mais d'une façon insuffisante ou exagérée. Contrôle, éducation
- 4.....s'alimente normalement les prestations de service suffisent

ELIMINATION

Graduation 5 niveaux possibles.

- 0.....demande assistance totale
- 1.....doit faire l'objet d'une surveillance continue
- 2.....élimination non contrôlée nécessite accompagnement et rééducation
- 3.....contrôle simple des divers paramètres
- 4.....élimination normale

HYGIENE CORPORELLE ET VESTIMENTAIRE

Graduation 5 niveaux possibles.

- 0..son état nécessite une assistance totale prévention d'escarre change fréquent
- 1..son état nécessite une assistance importante prévention d'escarres
- 2..une aide partielle est nécessaire. Incontinence nocturne seulement
- 3..doit être stimulé et rééduqué accompagnement aux toilettes planifiées
- 4..hygiène normale

LOCOMOTION MOBILISATION

Graduation 5 niveaux possibles.

0..Son état nécessite une assistance totale. Grabataire. Appareillage lourd (fauteuil roulant).

1..Ne peut se déplacer qu'avec l'aide d'I ou 2 personnes. Surveillance importante (risque de chute).

2..Se déplace avec appareillage léger (prothèse, canne).

3..Se déplace sans aide, mais avec difficultés. Rééducation mobilisation

4..se déplace normalement

STABILITE PSYCHOMOTRICE

Graduation 5 niveaux possibles.

0..Instabilité psychomotrice très importante et permanente (jour et nuit) urgence.

1..Instabilité importante ne lui permettant pas de satisfaire ses besoins de base.

2..Instabilité passagère. Ne peut rester assis ou couché

3..Instabilité légère due au traitement.

4..comportement normal.

REPOS SOMMEIL

Graduation 5 niveaux possibles.

0..insomnie rebelle ne cédant pas à la thérapeutique ou provoquant un sommeil diurne.
Équilibre rompue

1..sommeil et repos trop important couvrant presque les 24 h (traitement trop important ,
replie sur soi)

2..difficulté d'endormissement répétées ou difficultés à se rendormir si réveil au cours de la
nuit

3..sommeil agité difficultés d'endormissement occasionnelles

4..sommeil et repos équilibrés

SENTIMENT DE SECURITE

Graduation 5 niveaux possibles.

0..Peurs exprimées spontanément. Signes physiques (paleur du visage, palpitations, transpiration). Idées de suicide exprimées. Anxiété invalidante.

1..Attitude inquiète. Méfiance importante par rapport à l'environnement. mutisme Repli Pas de communication

2..Perte d'énergie. Fatigabilité. Attention concentrée sur son corps (céphalées, douleurs diffuses, bouche sèche). Demande de médicaments.

3..Le sentiment de sécurité reste diffus. Le repli sur soi est plus léger Encore quelques signes physiques (se ronge les ongles, crispations du visage).

4..Sentiment de sécurité affirmé. Se sent à l'aise dans son milieu de vie

ACTIVITES DISTRACTIONS

Graduation 5 niveaux possibles.

0..Incapacité à se livrer à quelque activité que ce soit

1..Ne veut se livrer à aucune activité car se complaît dans le retrait. Opposition.

2..accepte partiellement de se mêler à la vie des groupes. Passif. Doit être sollicité.

3..participe aux activités proposées, mais ne prend aucune initiative

4..Participe pleinement, à la vie des groupes. Organise son temps libre

CAPACITE A COMMUNIQUER ET A RELATIONNER

Graduation 5 niveaux possibles.

0..Aucune communication. Ne paraît pas avoir conscience de ce qui passe autour de lui. Repli total.

1..ne communique pas, mais se rend compte de ce qui se passe autour de lui . vie intérieure très importante (délire ?).

2..ne parle pas, mais essaye de communiquer (regard qui interpelle, attitude, geste)

3..parle normalement mais de sujet superficiel (pluie beau temps) qui ne l'implique pas, difficulté d'association d'idée

4..capacité normale de dialogue et d'entretien sur n'importe quel type de sujet.

CONTACT AVEC LA REALITE ORIENTATION TEMPS-ESPACE

Graduation 5 niveaux possibles.

- 0..la désorientation dans le temps et l'espace est total
- 1..orienté dans l'espace, il retrouve sa chambre mais reste "perdu" dans le temps
- 2..troubles de la mémoire apportant une gêne dans ses contacts avec la réalité
- 3..bien orienté, mais repli sur soi, pour fuir la réalité
- 4..capable d'écoute, d'attention et de perception sans problème majeur

IMAGE DE SOI -ESTIME

Graduation 5 niveaux possibles.

- 0..N'a pas du tout conscience de ses limites et de ses possibilités Mépris de soi.
- 1..Manque de confiance en soi. Dévalorisation
- 2..Identité défectueuse. Sentiment d'infériorité. Estime de soi toujours négative
- 3..Conscient de ses limites et possibilités. Cherche à améliorer sa confiance en lui et son estime de lui-même.
- 4..Capacités satisfaisantes à vivre avec soi-même. Identité bien maîtrisée

REALISATION DE SOI AUTONOMIE SOCIALE

Graduation 5 niveaux possibles.

- 0..Incapacité à vivre sans assistance totale.
- 1..peut s'assumer avec une assistance partielle. Pas de notion du bien et du mal.
- 2..intérêt médiocre pour son milieu de vie (familial, social, institutionnel).
- 3..participe davantage à la vie sociale, mais sans créativité.
- 4..Participe pleinement. Organise bien sa vie. Apporte un intérêt évident à son milieu social. Autonomie satisfaisante. Capacité d'initiative.

PARAMETRE FAMILIAUX

CAPACITE AFFECTIVE. SENSIBILITE

Graduation 5 niveaux possibles.

0..aucune manifestation affective. Indifférence apparente.

1..sensibilité se manifestant par des déclarations verbales, non suivies d'effets

2..soutien affectif occasionnel, mais maladroit provoquant des réactions

3..soutien affectif d'une partie de la famille

4..sensibilité de la famille se manifestant par un soutien assuré, mais n'entravant pas la liberté d'expression du sujet

CAPACITE A COMMUNIQUER ET A RELATIONNER

Graduation 5 niveaux possibles.

0..Pas de communication. Les rapports sont nuls

1..communications superficielles, sans consistance réelle.

2..Communications troublées. Tantôt positives, tantôt négatives. C'est l'alternance.

3..La communication est bonne, mais le cheminement est lent, hésitant

4..Communications directes et franches. La relation est positive.

FLEXIBILITE DES RÔLES INDEPENDANCE

Graduation 5 niveaux possibles.

0..Rigidité. Système bloqué. Famille castratrice.

1..Le système répressif provoque agressivité et hostilité.

2..Possibilité d'expression si obéissance et soumission aux règles.

3..L'influence de la famille est forte, mais reconnaît tout de même à ses membres une certaine autonomie.

4..Les rôles sont bien distribués et bien vécus. Les membres de la famille sont autonomes.

Nancy Roper

C'est une infirmière anglaise, née à Wetheral en 1918 et décédée à Edimbourg en 2004 à l'âge de 86 ans.

Elle fait partie de ces infirmières qui, à partir des années 1950, furent pionnières dans l'écrit de théories sur le métier d'infirmière d'une part, d'autre part sur la pratique des soins infirmiers, qui succèdent à la première théorie vraiment reconnue de Florence Nightingale.

Elle a fait une recherche sur 774 patients et propose son modèle de nursing.

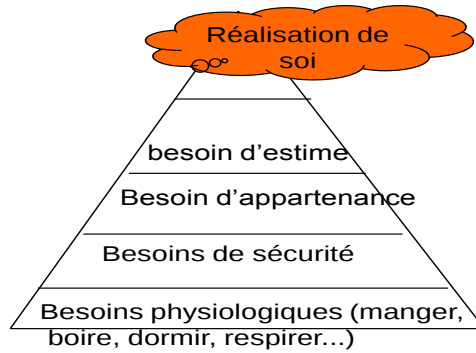
Pour elle, la conception de l'être humain est la suivante : les hommes vivent en symbiose avec leur environnement, de façon indépendante. Lorsqu'ils sont malades, ils ne vivent plus de façon indépendante avec leur environnement et le but des soins infirmiers est de permettre de retrouver cette indépendance par le biais de quatre groupes d'activités qui sont :

- activité de la vie quotidienne permettant la satisfaction des besoins de base
- activités visant à la prévention
- activités visant à la recherche du confort
- activité de recherche de poursuite

Lorsque ces activités ont été rendues possibles, l'individu a toutes les conditions nécessaires pour retrouver son indépendance.

L'approche d'A. Maslow psychologue

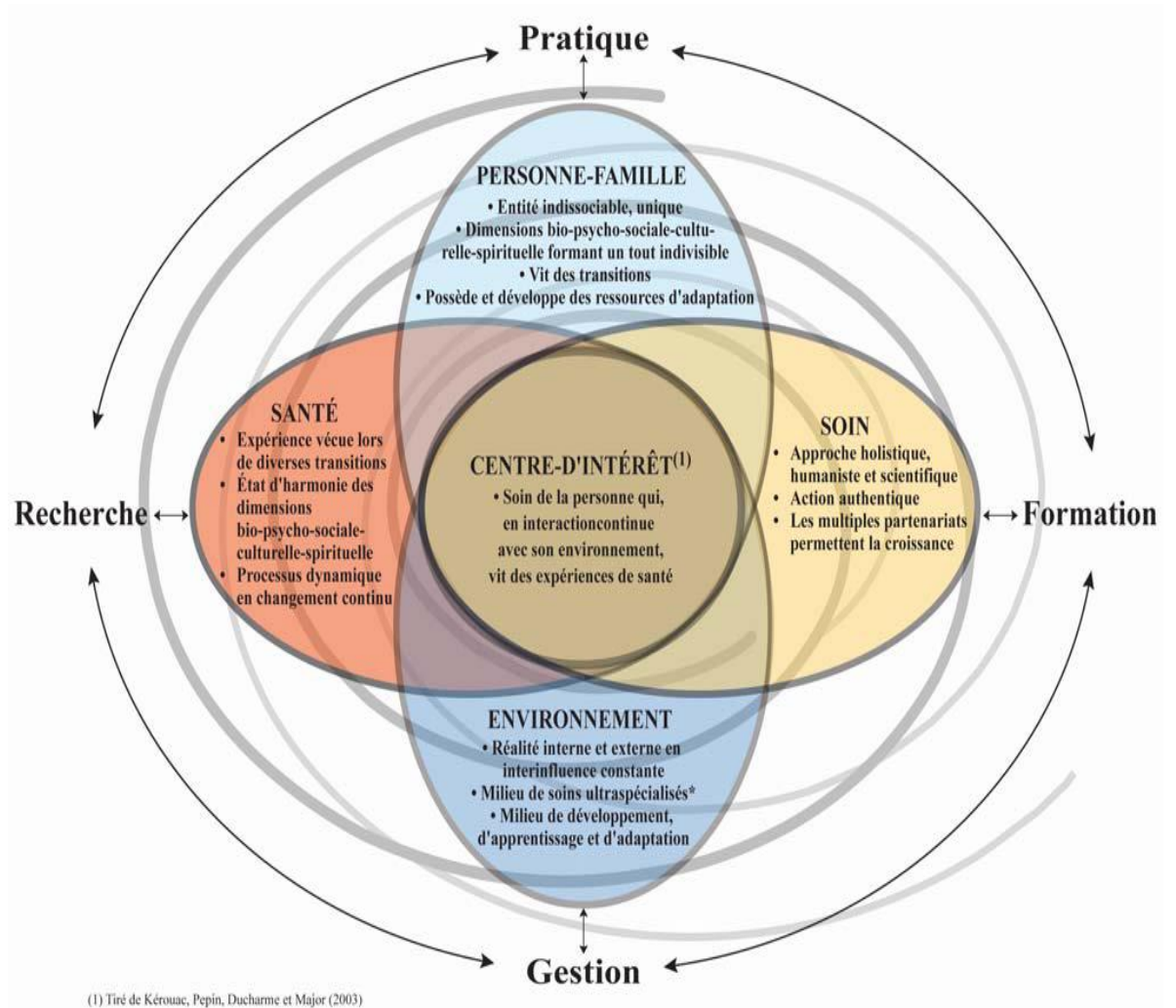
- La **pyramide des besoins** schématise une théorie élaborée à partir des observations réalisées dans les années 1940 par le psychologue Abraham Maslow sur la motivation.
- C'est lorsque l'on est en état de ressentir le dernier niveau de besoin que la motivation est maximale

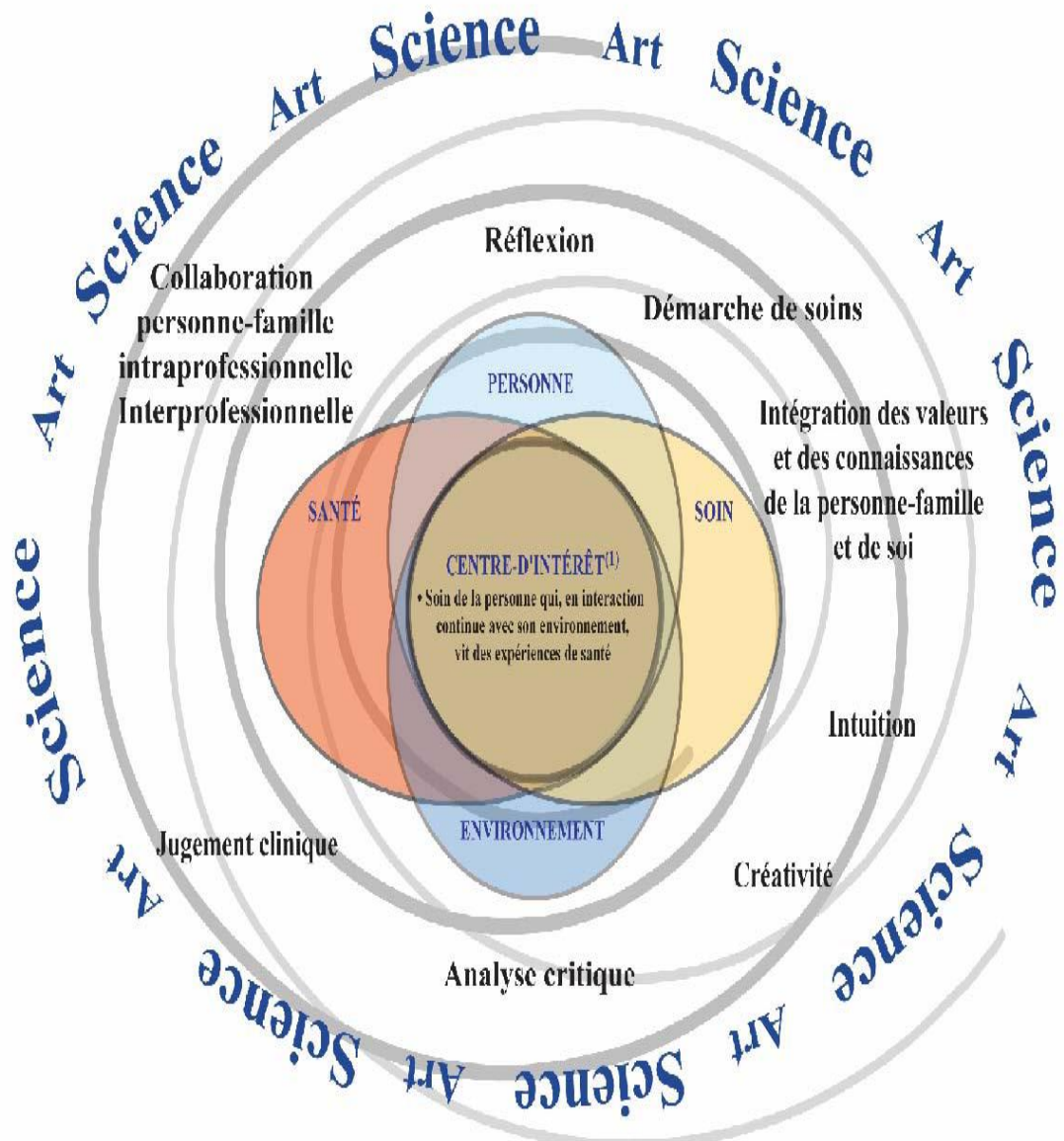


39

SYNTHÈSE :

Les concepts de soins à travers les théories





Adaptation de la figure intitulée « le processus du design du soin » tirée de Karouac, Pepin, Ducharme et Major (2003)

L'acte de soin est basé sur des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. Il fait appel à la créativité, à l'intuition, à des **processus réflexifs** tels que la démarche de soins ainsi qu'à la pensée analytique et critique menant au jugement clinique. Le soin est en perpétuel changement puisque l'ensemble des savoirs évolue. Le soin est une expérience partagée qui permet la croissance mutuelle de la personne famille et de l'infirmière

DEUXIÈME PARTIE : TRAVAUX DIRIGÉS

IV. **TAB**LEAU **COMPARATIF** DES CONCEPTS : expérience de santé, environnement, soin, selon les différentes écoles

I.

Les différentes écoles de pensée infirmières

Ecoles	théoriciennes	Eléments clés
Des besoins (1955-1960)	Virginia HENDERSON	Dépendance et indépendance de la personne 14 besoins fondamentaux
De l'interaction (1950-1960)	Dorothy OREM	Capacité de la personne à effectuer ses auto soins
	Hildegarde PEPLAU	Courant de pensée qui met en évidence la relation soignant/soigné. psychanalyse
	I. ORLONDO	

32

Les différentes écoles de pensée infirmières

Ecoles	théoriciennes	Eléments clés
Des effets souhaités (1960-1975)	Doroty JOHNSON	Valorise la mise en œuvre des SI de prévention et d'éducation à la santé
	Callista ROY	
De la promotion de la santé (1963)		Promotion de l'adaptation de la personne
Etre humain unitaire (1970)	Rosemary RIZZO-PARSE	Collaboration patient/famille dans l'identification de leur problème de santé
	Martha E. ROGERS	

33

Les différentes écoles de pensée infirmières

Ecoles	théoriciennes	Éléments clés
Caring (1980)		Notion du prendre soin et insiste sur l'attitude empathique des soignants dispensant des soins.
	Jean WATSON	
		Soins transculturels Préserver l'humanité dans les soins de santé.

34

II. INTEGRATION DU RÔLE INFIRMIER SELON LES DIFFÉRENTES CONCEPTIONS ISSUES DES DIFFÉRENTES ÉCOLES DE LA PENSÉE INFIRMIÈRE, environnement, soin, selon les différentes écoles (voir exposés)

III. RAISONNEMENT CRITIQUE EN SOINS INFIRMIERS (voir exposés)

39

ANNEXES

TRAVAIL INDIVIDUEL : à résumer

TEXTE DE LECTURE (PENSEE INFIRMIERE)

Les soins infirmiers sont reconnus aujourd'hui comme profession. Ils ont gagné cette reconnaissance sociale au terme d'une longue évolution, marquée par des influences importantes de l'histoire.

Le terme infirmier, dans son origine première se réfère à l'enfer, le lieu d'en bas, puis prend la connotation de mauvais, malsain avant de caractériser ceux qui s'occupent des exclus, des «enfermés», puis des «infirmes» (Nadot, 2002).

Les infirmières sont le point de rencontre entre la charité, la médecine et l'Etat-Providence. Jusqu'au XVI^esiècle, les infirmières ne sont pas seulement dévouées aux malades mais aussi à tous ceux qui sont dans la pauvreté et la misère. C'est dans ce contexte que Foucault décrit le grand enfermement (Foucault, 1972). Ce n'est qu'après la révolution que la médecine entre enfin véritablement à l'hôpital, créant par le même coup une vision différente: celle de guérir une maladie organique précise alors que les infirmières, présentes jusque-là dans l'institution, avaient davantage comme objectif de soutenir et aider un malade dans sa déchéance (Dubet, 2002).

Les soins infirmiers sont interdépendants de l'évolution de la médecine dont ils commencent seulement à s'émanciper un tant soit peu.

Pendant très longtemps, l'infirmière a occupé un rôle d'exécutante auprès du médecin. Celui-ci était chargé de diagnostiquer les pathologies, de dicter les soins appropriés et ceux-ci étaient ensuite appliqués par les infirmières.

Florence Nightingale joua incontestablement un rôle essentiel dans le développement de la profession telle que nous la connaissons aujourd'hui. Grâce

à elle, les soins transitent peu à peu du paradigme confessionnel vers le paradigme professionnel.

Jusqu'au XVI^e siècle, les infirmières ne sont pas seulement dévouées aux malades mais aussi à tous ceux qui sont dans la pauvreté et la misère. C'est dans ce contexte que Foucault décrit le grand enfermement (Foucault, 1972). Ce n'est qu'après la révolution que la médecine entre enfin véritablement à l'hôpital, créant par le même coup une vision différente: celle de guérir une maladie organique précise alors que les infirmières, présentes jusque-là dans l'institution, avaient davantage comme objectif de soutenir et aider un malade dans sa déchéance (Dubet, 2002).

Pendant très longtemps, l'infirmière a occupé un rôle d'exécutante auprès du médecin. Celui-ci était chargé de diagnostiquer les pathologies, de dicter les soins appropriés et ceux-ci étaient ensuite appliqués par les infirmières.

Florence Nightingale joua incontestablement un rôle essentiel dans le développement de la profession telle que nous la connaissons aujourd'hui. Grâce à elle, les soins transitent peu à peu du paradigme confessionnel vers le paradigme professionnel. Investie aux côtés des soldats dans la guerre de Crimée, elle reste marquée par son service au chevet des soldats blessés, elle a pris conscience de la nécessité de structurer la profession infirmière. Son haut niveau d'éducation (avant de se former comme infirmière, son père lui impose une première formation de mathématicienne et statisticienne), lui confère une reconnaissance et un respect particulier. Convaincue que l'éducation forme le caractère, elle enclenche alors de nombreuses réformes et restructurations. Dès le départ, elle affirme la nécessité pour les soins de se doter d'un fondement théorique solide. Elle mit un terme à la vision très réductrice de l'infirmière dévouée corps et âme, mais sans réelle capacité de réflexion propre et concentra au contraire son énergie à faire valoir une vision de l'infirmière qui soit effectivement entraînée à donner des soins, mais qui soit également, fait totalement nouveau, impliquée dans les réformes au niveau politique.

Au même moment que Nightingale met en place la structure nécessaire pour éduquer les infirmières en Angleterre, Valérie de Gasparin œuvre en Suisse. Elle considère le mouvement religieux comme une forme d'infantilisation des soignantes et crée, avec son époux, une école laïque le 20 juillet 1859 à Lausanne: l'école La Source, la première école de soins infirmiers laïque au monde. De par ses relations proches avec Henry Dunant, son école sera très inspirée du service de santé des armées, la Croix-Rouge. (Nadot, 2002).

Après Nightingale et De Gasparin, il faudra encore de nombreuses années pour que l'infirmière puisse parler ouvertement des soins. Néanmoins la brèche est ouverte et son influence a ouvert la porte au développement du concept de santé publique tel que nous le connaissons actuellement. Il y eut encore de nombreux événements qui modifièrent ce schème de la profession. Notons l'influence des différentes guerres, puis dans la seconde moitié du XXe siècle, les grandes avancées médicales, en termes de possibilités chirurgicales, techniques, médicamenteuses, mais également l'impact des mouvements de libération féministes... autant de facteurs indépendants mais qui ont chacun contribué à modifier les soins dans une certaine mesure. Le début du XXe siècle a marqué le début de la professionnalisation mais aussi de l'enseignement infirmier. Jusqu'au début du XXe siècle, on avait coutume de penser que les compétences nécessaires aux soignants étaient plutôt d'ordre moral: charitable, bon, dévoué, obéissant... Léonie Chaptal insistait sur la nécessaire instruction technique des infirmières mais surtout sur leur formation morale comme le démontrent les ouvrages de référence de cette époque.

Au lendemain de la première guerre mondiale, l'état du pays appauvri, exsangue, aux prises avec de graves difficultés publiques telles que la tuberculose, les nombreux blessés, la misère... contribue à encourager la formation de cette nouvelle fonction sociale qui s'incarne dans un véritable métier de soin et d'aide aux nécessiteux: celui de l'infirmière. À

cette époque encore *«le rôle de l'infirmière hospitalière est de servir le malade en veillant constamment sur tout ce qui l'entoure, et principalement en secondant assidûment et docilement le médecin... Son rôle est celui d'une mère et d'une sœur»*(Dubois-Fresney & Perrin, 1996, p.19).

Jusque-là les infirmières n'ont pas de reconnaissance statutaire. Le titre d'«Infirmière diplômée d'État» apparaît en 1923. Le chemin vers la professionnalisation est entamé mais la route est difficile pour se libérer du modèle charitable et religieux, même si la seconde guerre mondiale aide les infirmières en montrant d'une part leur capacité à prendre des responsabilités et à assumer leur devoir et d'autre part, le caractère profondément utile de la profession (Dubet, 2002).

Les infirmières deviennent des ambassadrices de l'hygiène publique et sociale. Le 7 juin 1925, l'Association nationale des infirmières de l'État français (ANIDEF) voit le jour.

Après la seconde guerre mondiale, le processus de professionnalisation se met en place petit à petit pour aboutir à la fin du même siècle à l'émergence de la discipline des soins infirmiers ainsi que d'un corps professionnel. Le 15 juillet 1943 une loi est promulguée qui régit la profession infirmière.

Le Conseil international des Infirmières propose dès 1953 un Code de déontologie internationale.

En Angleterre et en Amérique où cet héritage religieux est nettement moins fort, des avancées décisives se font par l'intermédiaire d'infirmières théoriciennes

ANNEXES (correction des travaux de groupes)

I. Définitions :

HOPITAL :

Les hôpitaux sont des établissements de santé ayant pour mission de dispenser, avec ou sans hébergement des prestations de diagnostic, de soins et de services aux malades, blessés et parturientes.

Les établissements hospitaliers garantissent la permanence des soins et assurent des prestations de soins et d'aide médicale en urgence.

Ils concourent aux actions de :

- ✓ médecine préventive et d'éducation pour la santé;
- ✓ aide médicale urgente, en partenariat avec les acteurs concernés;
- ✓ formation pratique des étudiants en médecine, en pharmacie et des élèves des instituts et écoles de formation professionnelle et de formation des cadres en rapport avec le domaine de la santé;
- ✓ formation continue des professionnels et des gestionnaires de santé;

UNITE DE SOINS :

« L'unité de soins est une unité où est élaborée une stratégie thérapeutique (pour soigner les malades), mise en œuvre par une équipe soignante, sous une responsabilité définie, en consommant des moyens internes et externes et susceptibles de fournir des prestations à d'autres unités », elle a **4 missions** :

- **Mission de soins** :
Diagnostic, Traitement , Hôtellerie(1ère raison d'être)
- **Mission de développement** professionnel : Formation et Recherche
- **Mission de santé publique** : service public , Soutien aux établissements de base et aux Programmes sanitaires , Assistance(2ème raison d'être de l'unité de soins)
- **Mission économique et managériale** : Mobilisation des ressources

UNITÉ DES SOINS INTENSIFS

L'unité des soins intensifs est un environnement de haute technologie qui permet d'offrir des soins de santé avancés. Les patients des soins intensifs souffrent habituellement d'une diversité de conditions, souvent même de multiples pathologies simultanées, nécessitant des soins très complexes. Almerud (2008) ajoute que les progrès continus en technologie médicale contribuent également à la complexité des soins infirmiers aux soins intensifs. De ce fait, l'infirmière soigne cette clientèle notamment grâce à ses connaissances et compétences reliées aux divers appareils techniques (Alasad, 2002).

L'infirmière des soins intensifs a une charge de travail variable, dépendant de la complexité des soins des patients sur l'unité; elle varie habituellement de un à trois patients pour son quart de travail (Gutsche et Kohl, 2007). Des moniteurs cardiaques sont installés au chevet de chaque patient et, au poste central, un système de moniteurs cardiaques centraux permet aux infirmières de surveiller leurs patients à distance. La surveillance est un concept particulièrement important à l'unité des soins intensifs et chaque discipline professionnelle y participe selon son domaine d'expertise.

SURVEILLANCE

La surveillance est un concept central dans la pratique des soins infirmiers (Johnson, 2005), tout particulièrement à l'unité des soins intensifs. Surveiller l'instabilité clinique d'un patient est, en fait, la raison fondamentale pour expliquer l'admission d'un patient dans ce type d'unité de soins. Johnson (2005) constate que les infirmières ont toujours eu le rôle de surveiller et d'observer leurs patients et ce, depuis les travaux de Florence Nightingale il y a plus d'un siècle. La surveillance quotidienne fait partie intégrante du rôle infirmier (Bernard, 2009) et par conséquent elle fait l'objet de multiples formes de documentation des informations recueillies et des interventions posées.

LES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs sont des soins actifs, évolutifs, délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale

LA DEMARCHE DE SOINS :

La démarche de soins est un processus intellectuel structuré selon des étapes logiquement ordonnées. Elle est utilisée pour planifier des soins personnalisés, visant le mieux être de la personne soignée. »

Basée sur :

- ✓ L'organisation de la pensée.
- ✓ Processus de résolution de problème.
- ✓ Processus dynamique et évolutif

les étapes

- 1) le recueil de données
- 2) l'analyse (grâce aux 14 besoins)
- 3) l'identification des problèmes de santé
- 4) la planification des soins
- 5) l'évaluation et le réajustement

La planification

La planification est l'organisation selon un plan qui consiste à déterminer des objectifs précis et à mettre en œuvre les moyens propres à les atteindre dans un délai précis.

Objectifs de la planification : La planification en soins infirmiers à 3 objectifs :

- Fixer les objectifs de soins et les délais pour les atteindre.
- Programmer les actes de soins infirmiers.
- Organiser leur mise en œuvre et leur évaluation.

ANNEXES

Organisation hospitalière (d'après le RIH) :

Article 26 : Organisation médicale des hôpitaux généraux de moins de 120 lits

Les hôpitaux généraux de moins de 120 lits sont organisés en huit services :

- Le service d'accueil et d'admission (SAA)
- Le service des urgences ;
- Le service mère-enfant (SME) ;
- Le service de médecine (SM) ;
- Le service de chirurgie (SC), y compris le bloc opératoire ;
- Le service d'imagerie médicale
- Le service de biologie médicale
- Le service de la pharmacie hospitalière.

Article 27 : Organisation médicale des hôpitaux généraux de 120 à 240 lits

Les hôpitaux généraux de 120 à 240 lits sont organisés en six départements cliniques et trois services :

- Le service d'accueil et d'admission (SAA)
- Le service des urgences (SU) ;
- Le département mère-enfant (DME) ;
- Le département de médecine (DM) ;
- Le département de chirurgie (DC) ;
- Le département de traumatologie-orthopédie et de neurochirurgie, lorsqu'elle existe ;
- Le département Ophtalmo – ORL – Stomato;
- Le département médico-technique (DMT) regroupant notamment les unités médico techniques suivantes :
 - ✓ L'imagerie médicale ;
 - ✓ La biologie médicale ;

✓ L'exploration fonctionnelle.

- Le service de la pharmacie hospitalière (SPH).

Article 28 : Organisation médicale des hôpitaux de plus de 240 lits

Les hôpitaux de plus de 240 lits ne peuvent dépasser 8 départements cliniques. Les urgences doivent être intégrées dans un département clinique dans le respect de la cohérence des activités médicales et chirurgicales. Ils doivent en outre comprendre :

- Le service de l'accueil et d'admission
- La pharmacie hospitalière.

Article 29 : Toutes les spécialités offertes à l'hôpital doivent être intégrées dans les départements correspondants par décision du directeur de l'hôpital après avis du comité d'établissement.

Le bloc opératoire est rattaché à l'un des départements de chirurgie désigné par le directeur de l'hôpital après avis du comité d'établissement.

école	théoricienne	Personne	Environnement	Santé	Soin
École des besoins	Henderson	- Tout complexe ayant 14 besoins fondamentaux: chaque besoin a des dimensions d'ordre biophysique et d'ordre psychosocioculturel. * Tend vers l'indépendance pour la satisfaction de ses besoins et désire l'atteindre.	Milieu qui agit de façon positive ou négative sur la personne	Capacité que possède une personne de fonctionner de façon indépendante en regard de ces 14 besoins fondamentaux	Aide apportée aux personnes malades ou en santé dans l'exécution des activités liées à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux * Ces activités demandent de la force, de la volonté et des connaissances
	Orem	* Tout unique qui fonctionne sur les plans biologique, symbolique et social * Unité qui possède les capacités, les aptitudes et le pouvoir de s'engager dans des soins et de les accomplir.	* Ensemble des facteurs externes qui influe sur la décision de la personne d'entreprendre des soins ou sur sa capacité à les exercer * Partie intégrale de la personne	❖ Santé: état d'intégrité des parties du système biologique et des modes de fonctionnement biologique, symbolique et sociales de l'être humain	❖ Soins: Un service spécialisé centré sur les personnes ayant des incapacités relativement à l'exercice d'autosoins. Les soins infirmiers visent à : -aider la personne à surmonter ses limites dans l'autosoin -contribuer au maintien, au recouvrement de la santé et à la prévention des maladies -combler les déficits d'autosoins
École de l'interaction	Peplau	* Être bio-psycho-socio-spirituel qui est en développement constant * Elle a la capacité de comprendre sa situation et de transformer son anxiété en énergie positive	* culture et mœurs reliés à un endroit	* Représentation du mouvement continu de la personnalité en lien avec d'autres processus humains vers une vie personnelle et communautaire, créative, constructive et productive.	* processus interpersonnel thérapeutique * relation entre une personne malade ou ayant besoin d'aide et une infirmière formée de façon à reconnaître ce besoin d'aide et ayant des compétences pour y répondre

	Paterson et Zderad	* Être incarné, unique, riche de son histoire et de ses expériences * Lieu de savoir * Indépendante et pourtant en relation avec d'autres * Responsable de son devenir	* lieu où la situation de soin prend place * comprend aussi les autres personnes qui font partie de l'histoire de la personne ou de la relation de soin	* potentiel en devenir, un mieux-être, un plus - être.	* processus d'échanges de subjectivité qui vise le déploiement du potentiel des personnes * dialogue ici - maintenant qui comprend un appel et une réponse - nourrir/assister - être nourri/être assisté - relation entre les deux . Partage des expériences . Partage des connaissances . Présence - être avec, faire avec, devenir avec
École des effets souhaités	Roy	* Système d'adaptation qui utilise des processus internes (prise de conscience, significations et autres) afin d'atteindre ses objectifs individuels, soit la survie, la croissance, la reproduction et le développement	* Ensemble de circonstances, de situations et d'influences pouvant modifier ou influencer l'apparition de comportements * Stimulus focal, stimuli contextuels et résidentiels	* État et un processus qui permet à la personne d'être ou devenir unifiée * Santé-état = adaptation selon les 4 modes * Santé-processus = effort constant pour atteindre son potentiel maximum d'adaptation	* Promotion de l'adaptation dans les 4 modes: mode physiologique, « concept de soi », « fonction selon les rôles », et « interdépendance » * Vise à maintenir les réponses d'adaptation efficaces et à modifier celles qui sont inefficaces en modifiant les stimuli
	Neuman	* Être physiologique, psychologique, socio-culturel et spirituel capable de se développer * Tout entier	* Interne et externe * Variables physiologiques, psychologiques, socioculturelles, spirituelles, reliées au développement	* État dynamique de bien-être ou de maladie qui est déterminé par les variables de l'environnement	* Intervention qui vise l'entière la personne * s'intéresse à toutes les variables ayant un effet sur la réponse de la personne aux agents de stress afin de réduire leurs effets.

École de la promotion de la santé	Allen	* famille qui est active pour résoudre ses problèmes et apprendre de ses expériences * l'individu et la famille sont des systèmes ouverts en interaction constante l'un avec l'autre et avec l'environnement	* contexte dans lequel la santé et les habitudes de vie sont apprises.	* manière de vivre et de se développer * coexiste avec la maladie * processus social comprenant des attributs interpersonnels et des processus d'apprentissage dont le <i>coping</i> et le développement	* promotion de la santé . Maintien, le renforcement et le développement de la santé de la famille et de ses membres * fonction de collaboration, de négociation et de coordination * rôle de facilitation, stimulation et de motivation dans une situation sensible aux soins infirmiers
	Chambers Clark	* experte de son propre bien-être et prend ses décisions en connaissance de cause * nature multidimensionnelle et holiste * système d'énergie complet qui interagit avec d'autres systèmes	* milieu en perpétuel changement * externe et contigu à la personne	* bien-être associé à la pleine réalisation de son potentiel que la personne soit malade, mourante ou surmontant un handicap	* aide accordée à une personne pour qu'elle autoévalue sa situation, fixe ses buts, choisit ses actions par le biais de la différenciation entre le pseudo-soi et le soi authentique obtenu par clarification de ses valeurs * rehaussement du flux d'énergie entre l'esprit, le corps et l'âme réalisé par le démantèlement des obstacles * rôle de modèle et de facilitateur
École des Patterns	Rogers	* Être humain unitaire plus > que la somme de ses parties * Système ouvert * Champ irréductible d'énergie * En changement perpétuel * Se caractérise par ses patterns unique	* Système ouvert * Champ irréductible d'énergie * En changement perpétuel * Se caractérise par ses patterns unique	* Valeur qui varie selon les personnes et les cultures * Bien-être, optimisation et réalisation du potentiel * participation consciente au changement	* Art et une science * Promotion de la santé et le bien-être selon le contexte vécu

	Pars	* Être humain ouvert, différent et plus > que la somme de ses parties * Pandimensionnelle * responsable et libre de choisir un sens dans un contexte de changement * Choix = ouvertures et restrictions * Patterns uniques et imprévisibles	Personne et environnement * Inséparables (partagent limites) * Participent à leur création - par un échange mutuel et simultané - vers une plus grande diversité - avec leurs patterns rythmiques et respectifs * Univers: temps, culture, croyances religieuses	* Processus en devenir qui reflète des valeurs, des priorités et qui incarne les différentes manières d'être * Engagement personnel	* Art de la science * But - Qualité de vie selon la personne par sa participation qualitative aux expériences de santé
École du caring	Watson	* Forme vivante qui croît et qui comprend: - corps - âme - esprit	* Réalité de la personne: - interne - externe	* Unité et harmonie entre le corps, l'âme et esprit	* Art et science humaine du <i>caring</i> * Idéal moral et processus transpersonnel qui vise la promotion de l'harmonie corps – âme – esprit en utilisant dix <i>Caritas</i> cliniques.
	Leininger	* Être culturel qui a survécu au temps et à l'espace.	* Tous les aspects contextuels dans lesquels se trouvent les individus et les groupes culturels, par exemple les caractéristiques physiques, écologiques, sociales ainsi que les visions du monde	Croyances, valeurs et façons d'agir reconnues culturellement et utilisées afin de préserver et de maintenir le bien-être d'une personne ou d'un groupe, et de permettre l'exécution des activités quotidiennes.	Science et art appris, centrés sur les comportements, les fonctions et les processus de soins personnalisés dirigés vers la promotion et le maintien des comportements de santé ou son recouvrement en préservant, adaptant et restructurant des soins culturels.

école	théoricienne	Eléments clés	Démarche de soins
École des besoins	Henderson	* Entières (caractère entier) - satisfaction des besoins dans toute leur complexité * Indépendance relativement à la satisfaction des besoins - Capacité que possède une personne de fonctionner sans aide en regard de ces 14 besoins fondamentaux * Besoins fondamentaux - Respirer normalement, boire et manger adéquatement, éliminer, se mouvoir et pouvoir se mettre en position convenable, dormir et se reposer, se vêtir selon la saison, maintenir une température normale, être propre et bien mis, * Besoins spécifiques - Besoins non satisfaits, reconnus par l'infirmière et pour lesquels une source de difficultés est identifiée	* Identifier les besoins spécifiques et les sources de difficultés qui leur sont reliées * Intervenir - remplacer, compléter, substituer, ajouter, renforcer et augmenter la force, la volonté ou la connaissance de la personne * Évaluer - La satisfaction des besoins fondamentaux - Le retour à l'indépendance ou la mort
	Orem	* Autosoins - Action Acquis, apprise par une personne dans un contexte socioculturel * Agent d'autosoins - La personne entreprend ses autosoins basés sur une décision, de manière volontaire, délibérée, dans le but de maintenir sa santé et son bien-être ou ceux des personnes dont elle a la responsabilité * Déficit d'autosoins - Écart existant entre les exigences d'autosoins et les activités réalisées par la personne * Système de soin infirmiers (ou système d'intervention) - système totalement compensatoire - système partiellement compensatoire - système d'activités d'éducation ou de développement	* Diagnostiquer les déficits d'autosoins et prescrire: - Évaluer les exigences d'autosoins: universels, développementaux ou liés aux déviations de la santé - Évaluer les capacités de la personne - Identifier les déficits * Organiser et planifier des actions selon 5 modes d'assistance - Agir, guider, soutenir, créer un environnement favorisant le développement de la personne et enseigner * Produire et gérer les soins - selon les systèmes de soins * Évaluer l'intégrité des modes de fonctionnement sur les plans biologique, symbolique et social

École de l'interaction	Peplau	* Besoin d'aide - Lorsqu'un patient s'adresse à une équipe de soins, sa démarche exprime un « besoin ressenti » et constitue la recherche d'une aide professionnelle * Relation interpersonnelle thérapeutique ↗ relation comportant quatre phases: - orientation - détermination - exploitation - résolution	* La phase d'orientation - clarifie la situation - utilise de façon productive l'énergie accumulée en raison de l'anxiété * la phase de détermination - la personne se situe en fonction du besoin d'aide Entre en relation d'interdépendance, de dépendance ou d'indépendance - l'infirmière assiste et comprend la situation de la personne en tenant compte de son histoire de vie * La phase d'exploitation - la personne utilise les services qui lui sont offerts de manière à combler ses besoins - l'infirmière aide la personne à tirer le maximum de toutes les possibilités qui lui sont offertes. Agit en personne - ressource * La phase de résolution - planifie les ressources de la communauté en vue de satisfaire les besoins immédiats et d'anticiper l'apparition des nouveaux besoins d'aide.
	Paterson et Zderad	* Relation intersubjective - processus d'échanges des subjectivités * Bien-être et plus - être - potentiel en devenir	* Au cours d'un dialogue, les participants partagent des connaissances qui permettent de faire des choix responsables * Finalement, chacun des participants est un lieu de savoir qu'ils partagent: c'est le partage de soi. Ce dernier partage est rendu possible par la présence véritable, inséparable des autres actions ou thérapeutiques réalisées par l'infirmière.
École des effets souhaités	Roy	* Mécanismes régulateurs - Processus physiologiques, chimiques, neurologiques et endocriniens qui préparent l'organisme aux changements de l'environnement * Mécanismes cognitifs - Processus psychologiques et sociaux qui régulent les perceptions, la gestion de l'information et la prise de décision et qui permettent de s'adapter du point de vue émotionnel et cognitif aux changements de l'environnement * Modes d'adaptations - physiologique: activité et repos, nutrition,élimination,oxygénation	* Diagnostics infirmiers basés sur l'évaluation * Élaboration d'objectifs en termes de comportements adaptés souhaités * Planification d'interventions visant à manipuler les stimuli pour promouvoir l'adaptation * Évaluation de l'efficacité des interventions

		et protection, fonctions neurologiques et endocrines, sens, et liquides - Concept de soi physique et personnel	
	Neuman	* Système ouvert * Structures de base * Agents de stress * Lignes - de défense- de résistance * Prévention * Reconstitution * Stabilité	
École de la promotion de la santé	Allen	* promotion de la santé - Maintien, renforcement et développement de la santé de la famille et de ses membres par l'activation de processus menant au développement de leur potentiel. * apprentissage - Permet d'atteindre un haut niveau de satisfaction dans la vie - Composé entre autres: . du <i>coping</i>, maîtrise ou la résolution des problèmes . du développement accomplissant les buts de la famille, leur réalisation * Famille - système ouvert en interaction avec les membres et l'environnement * collaboration infirmière-client - Éléments de la structure dont la famille et l'apprentissage font aussi partie - Relation de partenaires pour faciliter le <i>coping</i> ou le développement	* Collecte d'information dans un processus exploratoire - Attention portée sur un problème défini comme une situation de santé qui change continuellement et qui est en relation avec d'autres situations vécues dans la famille - Infirmière aide la famille à rassembler l'information et à la partager * planification des soins réalisée en collaboration - Utilisation maximale du potentiel composé des forces, de la motivation, des habiletés et des ressources - Étapes et rôles déterminés ensemble * Évaluation régulière par tous les partenaires - Indique les modifications à apporter

	Chambers Clark	* Qualités de vie et bien-être - Concepts apparentés définis comme un processus permettant d'évoluer vers une conscience de soi et de l'environnement grâce à une pondération judicieuse entre des éléments composant le style de vie, tels l'alimentation, la forme physique, les relations interpersonnelles, la gestion des sources de stress, la sensibilisation au confort dans l'environnement et l'établissement d'un système de croyances en lien avec l'application d'autosoins. * autosoins - Approches de bien-être non traditionnelles tels le yoga, l'acupression, le tai chi ou la méditation * Valeurs - Système vers lequel les comportements de santé à adopter doivent être orientés pour qu'il y ait centration et circulation d'énergie	* autoévaluation assistée de la situation et des obstacles au bien-être * élaboration assistée des buts (processus plus important que les résultats) * choix des actions en fonction du soi authentique, soit en fonction des valeurs * recours à des approches d'autosoins non traditionnelles * autoévaluation assistée de la situation...
École des Patterns	Rogers	Principes d'homéodynamique (suite) Intégralité * Les champs d'énergie sont en interaction constante et en changement simultané Résonance * Les champs d'énergie changent continuellement des patterns de basse vers des patterns de haute fréquence Hélicie * Les champs d'énergies tendent vers la diversité croissante, manifestant des patterns créatifs, imprévisibles et diversifiés. Pattern * Expression humaine identifiable d'une unité qui est à la fois en changement, à la fois en continuité ▪ Rythme ▪ Communication - échange ▪ Harmonie ou résonance ▪ Espoirs et rêves	* Reconnaître les patterns ▪ Reconnaître l'expression du champ d'énergie de la personne-environnement et sa dynamique dans son contexte et sa situation de santé. * Reformuler, s'il y a lieu, ces patterns - proposer formation qui permettra à la personne: . de participer au changement de façon volontaire . d'optimiser son potentiel . de promouvoir l'harmonie et le bien-être en favorisant une interaction harmonieuse entre la personne et l'environnement.

		▪ perception du temps ▪ mouvements Pandimensionnalité * Domaine non linéaire sans espace-temps (relativité du temps) ▪ La personne est un tout qui ce qu'elle a été et ce qu'elle deviendra	
	Pars	Devenir «coconstitué» avec les autres * Cocréation de la réalité à partir des perspectives partagées	Être en présence vraie - Écoute intentionnelle basée sur des connaissances * Mettre en lumière le sens par l'explication - Inviter à décrire la situation - Écouter de façon attentive le sens donné et aux changements du sens en fonction des priorités et des valeurs de la personne - Clarifier par le langage * Synchroniser les rythmes par l'imprégnation - Être présent aux rythmes au moment de la considération des possibilités et des restrictions - Capacité d'association - séparation * Mobiliser la transcendance - S'ouvrir aux possibilités de transformation - Mobiliser les ressources - Initiation au changement
École du caring	Watson	* Soins, idéal moral, intentionnalité * Relation transpersonnelle * Facteurs de soins = langage du <i>caring</i> ; <i>Caritas</i> cliniques	• Accepter les sentiments négatifs exprimés par le jeune homme • S'engager dans une relation transpersonnelle (réaliser l'harmonie) • Se servir des facteurs de soins (<i>Caritas</i> clinique): - Développement d'une relation d'aide et de confiance -Création d'un environnement de soutien -Valorisation d'une sensibilité à lui-même et aux autres

	Leininger	* Soins * Culture * Diversité du soin * Universalité du soin	☐ Le maintien de soins culturels (Activité de facilitation, d'assistance basée sur la culture de la personne). ☐ l'adaptation ou la négociation des soins culturels (Activité de facilitation adaptées, négociées ou ajustées à la santé) La restructuration des soins culturels (Activité qui présente à la personne une nouvelle signification des habitudes de vie) changement
--	------------------	---	--